Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ein Fall

von

Oesofagus-Carcinom

mit

Fortsetzung auf den Magen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Kurtz,

approb. Arzt aus Flammersfeld.

Kiel 1898.

Druck von Carl Paulsen.

Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ein Fall

von

Oesofagus-Carcinom

mit

Fortsetzung auf den Magen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Kurtz,

approb. Arzt aus Flammersfeld.

Kiel 1898.

Druck von Carl Paulsen.

No. 28.

Rektoratsjahr 1898/99.

Referent: Dr. **Heller.**

Druck genehmigt

Dr. Heller,
z. Z. Dekan.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Ueber das Carcinom ist sowohl in Lehrbüchern als auch in speciellen Schriften schon viel geschrieben worden und seine Aetiologie, die Symptome, die es macht, sowie die Therapie, soweit eine solche überhaupt angängig ist, sind eingehend beschrieben. Was die Aetiologie des Carcinoms anbelangt, so bezeichnet man einerseits dasselbe als den Effect einer localen Gewebsreizung, während andererseits Cohnheim der Ansicht ist, dass zwar nicht die Entwicklung des Carcinoms selbst in die Embryonalperiode zu verlegen ist, dass aber die spätere Entwicklung der Persistenz embryonaler Keimanlagen ihre Entstehung verdankt. Wenn Cohnheim als beweiskräftiges Beispiel seiner Theorie gerade den Krebs der Speiseröhre aufstellt, so kann man demgegenüber wohl sagen, dass an der Speiseröhre gerade sehr häufig Gewebsreizungen vorkommen und dass der Eingang in den Oesofagus ebensowohl betroffen werden kann, als die unteren Teile, wo nach Ansicht einiger Autoren das Carcinom seinen Sitz haben soll. Birch-Hirschfeld[1]) und Foerster[2]) geben häufiger an, dass der Krebs der Speiseröhre hauptsächlich bei Potatoren auftrete. Hingegen hat schon Cohnheim[3]) hervorgehoben, dass die Praedilectionsstellen unserer Neubildung Stellen sind, an welchen ein complicirter entwicklungsgeschichtlicher Vorgang stattgefunden hat: er sagt: „Auch die so constante Localisirung der Speisenröhrencancroide hat meines Erachtens ihren Grund nicht in dem Druck seitens des kreuzenden Bronchus, sondern darin, dass dies die Stelle ist, wo ursprünglich Oesofagus und Trachea zusammenhängen, mithin gleichfalls eine

---

[1]) Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der pathol. Anat. pag. 823.

[2]) Foerster, Handbuch der pathol. Anat. Band II pag. 21.

[3]) Cohnheim, 1. Auflage, Band I, pag. 641.

entwicklungsgeschichtliche Complication statt hat.“ Rokitansky[1]) ist der Ansicht, dass der Sitz des Krebses der Speiseröhre besonders an der oberen Hälfte derselben in der Brusthöhle sich befinde, weniger häufig an dem Endstück nächst der Cardia. In der Regel ergreife die Neubildung den Kanal ringsum. Häufig greift nach demselben Autor dieselbe auf benachbarte Gebilde über und führt zu Communication mit Trachea und Bronchien, selbst zur Perforation der Aorta, des rechten Lungenarterienastes. Foerster stellt in Bezug auf Häufigkeit des Sitzes des Speiseröhrenkrebses das obere Drittel dem unteren gleich, indem er sagt: „Der Krebs ist meistens primär, bleibt fast immer local, und breitet sich höchstens auf die benachbarten Lymfdrüsen aus. Er entsteht circumscript in der ganzen Peripherie, sitzt meist am oberen und unteren Ende, selten ist eine diffuse Verbreitung über die ganze Speiseröhre.“ Zenker und Ziemssen[2]) geben an, dass das Carcinom sich an jedem Teile befinden könne, äusserst selten nehme es die ganze Länge des Rohres ein, meist seien nur Strecken von 3—10 cm befallen. Birch-Hirschfeld äussert sich folgendermaassen: „Am häufigsten hat der Krebs im unteren Drittel der Speiseröhre seinen Sitz, greift häufig auf Pleura und Lungen über, zuweilen auf den Magen“. Ziegler[3]) sagt: „Weitaus die wichtigste Neubildung des Oesofagus ist der Krebs, der an jeder Stelle vorkommen kann, aber am häufigsten im unteren Drittel sitzt. Die krebsige Infiltration und die bindgewebige Wucherung greifen zunächst auf die Muscularis über, später kann auch die Umgebung des Oesofagus in die krebsige Wucherung hineingezogen werden“. Nach Strümpell[4]) heisst es: „Die meisten Krebse des Oesofagus haben ihren Sitz im unteren und mittleren Drittel desselben,

---

[1]) Rokitansky, Lehrbuch der pathol. Anat. Band III, pag. 131/32.

[2]) Zenker und Ziemssen, Handbuch der spec. Pathol. und Therap. pag. 170.

[3]) Ziegler, Lehrbuch der spec. pathol. Anat. pag. 503.

[4]) Strümpell, Lehrbuch der spec. Patholog. u. Therap. Band II. pag. 52.

im oberen Drittel sind sie viel seltener". Ferner sagt derselbe Autor: „Wichtige klinische Erscheinungen können im Verlaufe des Oesofaguskrebses durch secundäre Folgezustände eintreten. Zunächst ist die direkte Ausbreitung des Krebses auf benachbarte Organe zu erwähnen. Krebse im unteren Abschnitt der Speiseröhre greifen nicht selten auf den Cardiateil des Magens über, zuweilen ist der Magen von der Neubildung ergriffen".

Ausser diesen grösseren Lehrbüchern der pathologischen Anatomie standen mir noch einige specielle Schriften über Oesofagus-Carcinom zur Verfügung, die zum Teil über eine erhebliche Anzahl von Fällen berichten.

Da ich einen Fall von Speiseröhrenkrebs mit Uebergang auf den Magen hier beschreiben möchte, so will ich hier einige ähnliche Fälle dem meinigen vorausschicken.

Da ist zunächst die Dissertation von Petri [1]), welcher über 44 Fälle berichtet, von denen 5 Fälle für vorliegende Arbeit in Betracht kommen:

Nr. 4. „1,5" über der Cardia ein bis in den Magen hineinreichendes Geschwür, von grossen, grauen, sehr stinkenden Fetzen bedeckt und von markig geschwollenen Rändern umgeben."

Nr. 22. „1" oberhalb der Cardia beginnt eine starke Wulstung, welche nach rechts und hinten fetzig gelappt ist. Sie reicht bis in den Magen".

Nr. 24. „Etwa 1" über der Cardia beginnen im Oesofagus flache, nach oben hin ausgezackte Substanzverluste, welche, nach unten hin tiefer werdend, an der rechten Seite, gerade an der Cardia, „2" tief sind. Sie ragen tief in den Magen hinein und haben besonders die Curvat. min. ergriffen, die Muscularis des unteren Teiles des Oesofagus ist mässig verdickt.

Nr. 28. „Im unteren Teil des Oesofagus eine grosse Zerstörung, im hinteren unteren Ende der Cardia ein grosser, aus weissen Massen mit gelben Einsprengungen

[1]) Petri: „Ueber den Krebs der Speiseröhre." Inaug.-Dissert. Berlin 1868.

bestehender Tumor, welcher, scharf umgrenzt, in den Magen hineinragt".

Nr. 32. „Die vordere Wand des Magens und untere Fläche des linken Leberlappens, untrennbar verbunden, bilden eine ulcerirte Masse. An der hinteren Seite des Magens zahlreiche, erbsen- bis haselnussgrosse, unter der Schleimhaut prominirende Knoten. Am unteren Ende des Oesofagus endlich eine ringförmige Geschwulst, welche das Lumen beträchtlich verengert".

Es folgt dann die Dissertation von Fritsche[1]), welcher über 8 Fälle von Speiseröhrenkrebs berichtet, von denen einer die Complication wie in meinem Falle zeigt.

55jähriger Mann.

Klinischer Verlauf: Patient klagte seit 1 ½ bis 2 Jahren über verschiedene Magen- und Verdauungsbeschwerden, die vor etwa 4 Monaten an Intensität bedeutend zugenommen hatten. Er empfand zeitweise Schmerzen am Magen und Schlunde, und hatte häufige Anfälle von Erbrechen. Allmählich stellte sich starke Abmagerung ein, und er wurde schliesslich bettlägerig. Der Status zeigte hochgradige Abmagerung, Hautfarbe erdfahl. Patient klagte über einen in der Tiefe sitzenden Magenschmerz. Letzterer wechselte zeitweilig seinen Sitz und wurde bald in der regio epigastrica, bald in der darüberliegenden Thoraxpartie, bald unten im Schlunde empfunden und zeigte sich unmittelbar nach dem Verschlingen von Speisen erhöht. Der Appetit war gering, kein Durst, der Stuhlgang träge und spärlich. Neben den Schlingbeschwerden trat ein sehr quälender Husten auf, durch welchen copiöse Schleimmengen entleert wurden. Das Sputum wurde übelriechend und sonderte sich im Glase in 3 Schichten ab, zu oberst schaumige Massen mit kleinen graulichen und schwarzbraunen Fetzen, dann eine weissliche schleimig-eitrige Schicht, endlich unten ein dicker, gelber, eitriger Bodensatz.

Exitus erfolgte in stetig zunehmender Schwäche.

---

[1]) Fritsche, Inaugural-Dissertation, Berlin 1872.

Sektionsbefund: Der Oesofagus zeigte unterhalb des Schlundkopfes bis hinunter zum Magen den Umfang eines Dickdarms. Seine Wandung erschien bedeutend verdickt, derb, uneben höckrig anzufühlen. Die Innenfläche war ulcerirt und mit zähem, trübem Schleim und mit jauchigem Eiter bedeckt. Die Ulceration ging nach unten unmittelbar in den Magen über. Letzterer war leer, seine Wandung verdickt, auf der Schleimhaut baumförmige Gefässramificationen. An der grossen vorderen Curvatur eine narbig eingezogene und verdickte Stelle, an der Cardia auf der linken Seite ein hühnereigrosser, derber Knoten, der im Innern Erweichung zeigte und mit einer darunter gelegenen ulcerirten Partie der Schleimhaut durch kleine fistulöse Kanälchen zusammenhing. Unter der Serosa zahlreiche disseminirte, hirsekorn- bis erbsengrosse, rundliche, nach aussen prominirende, derbe Knötchen. Mikroskopisch zeigte sich in dem milchweissen Safte der Schnittfläche der verschiedenen Knoten: Blasse, rundliche Zellen, fast doppelt so gross wie Lymphkörperchen, mit rundlichem oder ovalem Kern, verschieden grosse Zellen.

Endlich liegt noch die Arbeit von Braasch[1]) vor, welcher über 29 Fälle aus dem Kieler pathologischen Institute berichtet, von denen wiederum 6 ebenfalls in Bezug auf meinen Fall Berücksichtigung finden. Ich führe die Sektionsprotokolle an:

1. Fall. Nr. 58. 1873. 57jähriger Mann. Ausgedehntes ulcerirendes Carcinom des unteren Drittels der Speiseröhre, auf den Magen übergehend.

Die Speiseröhre bis 23 cm unter dem Kehlkopfeingang blass, in den unteren Abschnitten etwas derber. Die Wand ist in ihrer Muscularis nach unten ziemlich stark verdickt. Der untere Teil des Oesofagus ist in einer Ausdehnung von 7 cm völlig verschlossen durch eine weiche, bis etwa 6 mm dicke, lockere Krebsmasse. Diese setzt sich in den Magen hinein fort, hängt nach hinten wie ein

[1]) Braasch, Beitrag zur Statistik und Anatomie des Speiseröhrenkrebses, Inaugural-Dissertation. Kiel 1886.

unregelmässiger, polypöser Tumor in das Lumen hinein, und erstreckt sich an der kleinen Curvatur bis 7 cm weit, 2,5 cm dick, mit unregelmässiger höckriger und lappiger, grossenteils stark pigmentirter Oberfläche in den Magen hinein. 4 cm vom Pylorus entfernt, sitzt ein, 1,5 cm messender Tumor von ähnlicher Beschaffenheit, wie der an der Cardia.

2. Fall. Nr. 114. 1873. 76jähriger Mann. Stenosirendes Carcinom im unteren Drittel des Oesofagus bis zur Cardia hinab. Am unteren Ende des Oesofagus bis zur Cardia hinab sitzt ein derber Tumor. Die Cardia ist stark stenosirt, und von ihr aus hängt ein grosser wulstiger Tumor in das Lumen des Magens hinein; auf dem Durchschnitt ergiesst sich reichlicher gelblich-weisser Krebssaft. Die Muscularis des Oesofagus ist stark verdickt.

3. Fall. Nr. 162. 1876. 60jähriger Mann. Ausgedehnter Krebs des unteren Speiseröhrendrittels und des Magens.

Die Speiseröhre ist im oberen Teil ziemlich weit, nach unten zu ist die Muscularis stark verdickt; im unteren Drittel ist die Schleimhaut durch eine auf der Oberfläche höckrige, anscheinend vom submucösen Gewebe ausgehende Geschwulstmasse emporgehoben. Der Magen ist klein. Die vordere Fläche ist von dem atrofischen linken Leberlappen fast völlig verdeckt, und mit ihm narbig verwachsen. Die Höhle ist eng. Die ganze Cardiahälfte ist sehr derb, in eine gleichmässige Krebsmasse umgewandelt, die in unregelmässiger Linie gegen den Pylorus hin etwa 2 cm weit verläuft. Von dem Oesofagus setzt sich der oben beschriebene Krebs direkt in den Krebs der Magenwandung fort.

4. Fall. Nr. 261. 1880. 67jähriger Mann. Ulcerirendes Carcinom im mittleren Drittel der Speiseröhre mit Strikturirung derselben, Krebs des Magens, Pankreas und der Leber.

Die Speiseröhre ist im oberen Teil weit, die Schleimhaut blass. 2—3 cm über dem Zwerchfell erscheint der Oesofagus als ein hochgradig verdicktes, mit grau-grünen

ulcerirten Massen innen ausgekleidetes Rohr, von so engem Lumen, dass der kleine Finger sich nur hineinpressen lässt. Der Bauchteil des Oesofagus hat dieselbe Beschaffenheit, wie eben beschrieben, grenzt sich an der Cardia mit einem zackigen, wie ausgfressenen Rande gegen die blasse, glatte Magenschleimhaut ab, deren Cardiateil durch einen hinter ihr liegenden apfelgrossen Tumor vorgewölbt ist.

5. Fall. Nr. 30. 1881. 37jähriger Mann. Ausgebreiteter, strikturirender Krebs der Speiseröhre im unteren Drittel, Krebs des Magens, Metastasen der Leber.

Die Speiseröhre ist 5 cm unter den Aryknorpeln beginnend durch zahlreiche grössere und kleinere derbe gelbliche Knoten stark verengt. 7 cm über der Cardia beginnt eine sehr starke Stenosirung durch eben solche höckrige grau-gelbe central ulcerirende Krebsmassen. Die ganze Umgebung des Herdes ist etwa 6 cm weit in unregelmässiger Weise teils blass-graurot, teils dunkel-graurot infiltrirt. Der obere Teil der Oesofagusverengung zeigt sich als einem grossen, die Luftröhre umfassenden derben Tumor angehörig, der auf der Schnittfläche stellenweise dicht weisslich gesprenkelt erscheint, und die Luftröhre sehr stark verengt. Die Luftröhrenschleimhaut ist stark verdickt, gleichmässig krebsig umgewandelt. Das Gewebe der Leber ist auf dem Durchschnitte von sehr zahlreichen gelben, trockenen, an einzelnen Stellen mit cystischen Erweichungen versehenen grossen und kleinen Knoten durchsetzt. An der Cardia ziehen vom Oesofagus aus zahlreiche verästelte, derbe Züge in die Submucosa des Magens. An der anderen Wand, nahe der kleinen Curvatur, über dem Pylorus, sitzt eine 6 cm grosse, flache graurötliche, beetartige Geschwulst, und nahe dabei eine andere 7 cm messende ringsum deutlich abgegrenzte Erhebung mit unebener, wie angenagter centraler Partie.

6. Fall. Nr. 102. 1875. 45jähriger Mann. Carcinomatöses Geschwür im mittleren Drittel der Speiseröhre. Krebsige Entartung der Leber, des Magens, der Bronchial- und Mesenterialdrüsen.

Der Oesofagus ist im oberen Teil mässig stark erweitert. Etwas unterhalb der Bifurcation der Trachea zeigt sich ein 4 cm langes, die ganze Periferie einnehmendes, carcinomatöses Geschwür mit unregelmässig verdickten, höckrigen Bändern. Einzelne Bronchialdrüsen sind stark geschwollen und auf dem Durchschnitte krebsig entartet. Die Mesenterialdrüsen sind alle graulich-weiss, käsig, carcinomatös entartet. Die Schleimhaut des Magens ist an der Cardia durch einen unregelmässig geformten, etwa hühnereigrossen Tumor emporgewölbt, welcher an der Oberfläche mehrere Substanzverluste zeigt. Durch diese gelangt man in eine grosse, starrwandige Höhle, die mit einem schmutzig grau-gelben Brei gefüllt ist. Die Leber ist vergrössert, die Oberfläche wird von zahlreichen bis kirschgrossen, weisslichen Knoten überragt.

Diesen aus der mir zugänglichen Litteratur zusammengestellten Fällen möchte ich den meinigen mir durch die Güte des Herrn Geheimrat Heller überlassenen Fall anschliessen.

Es handelt sich um einen 57jährigen Mann.

Anamnese: Patient will mit 26 Jahren eine Lungenentzündung durchgemacht haben, sonst stets gesund gewesen sein. Ende Juni 1897 traten plötzlich Erbrechen, Frost und Hitze, Appetitlosigkeit und etwas Husten ein. Er musste wegen allgemeiner Mattigkeit ca. 10 Tage zu Bette liegen, fühlte sich darauf wohler. Im August bekam Patient Magenbluten; es wurde ungefähr ein halbes Liter Blut erbrochen. Seit der Zeit bemerkte er, dass feste Speisen nur mit Mühe in den Magen gelangten und bis höchstens alle halbe Stunden nach dem Essen wieder erbrochen wurden; geringe Mengen von Flüssigkeit konnten geschluckt werden. Seit Ende September musste sich Patient sogar blos auf den Genuss von flüssigen Dingen beschränken, feste wurden in Kurzem wieder erbrochen. Schmerzen in der Magengegend waren nur beim Brechen vorhanden. Mitte Oktober wurden auch genossene Flüssigkeiten in kurzer Zeit wieder erbrochen. An Gewicht hat Patient seit Beginn der Erkrankung erheblich abgenommen.

Im November liess er sich in die hiesige medicinische Klinik aufnehmen, wurde aber von hier schon nach wenigen Tagen, am 17. November, zwecks Operation auf die chirurgische Abteilung verlegt.

Status: Patient ist ein mittelgrosser, schwächlicher, mit schlaffer und wenig ausgebildeter Musculatur und in sehr geringem Grade entwickeltem panniculus begabter Mann von gelblicher Hautfarbe und ziemlich blassen Schleimhäuten. Feste Speisen vermag er nicht zu schlucken, da sie ihm hinter dem unteren Ende des Sternums stecken bleiben; alles wird sofort wieder mit Speichel vermischt herausgewürgt. Der Auswurf, von üblem Geruche begleitet, ist zum Teil dunkelrot verfärbt und enthält mikroskopisch Eiterkörperchen und rote Blutkörperchen. Die Zunge ist belegt, Patient schluckt langsam, erbricht aber bald wieder das Genossene mit etwas Blut vermischt. Bei der Palpation des Magens findet sich deutlich eine harte Geschwulst, die mit den Bauchdecken verwachsen zu sein scheint. Die Leber ist unter dem Rippenbogen fühlbar, etwas geschwollen. Der Urin enthält Indoxyl und Albumin. Puls nicht ungleich, regelmässig, nicht sehr kräftig, wenig beschleunigt. Herzdämpfung nicht verbreitert, Töne etwas leise, sonst rein. Bei der Sondirung des Oesofagus stösst die Sonde in der Gegend der Cardia auf einen festen Widerstand, der nicht überwunden werden kann.

Es wurde nach einigen Tagen zur Operation geschritten und die Gastrotomie nach Witzel ausgeführt. Patient fand sich hierauf relativ wohl, die Operation führte zu guter Funktion, Patient wurde nach zwei Wochen entlassen. Von dieser Zeit an wurde er ambulatorisch von der medicinischen Poliklinik behandelt. Es wurde viermal täglich der Verband gewechselt. Ausserdem erhielt Patient an Medicamenten mehrmals im Tage 10 Tropfen Acid. hydrochl. dilut. in einem halben Weinglase Wasser. Der Kräftezustand nahm von Anfang Februar 1898 von Tag zu Tag ab. Patient litt öfter nach leichten Anstrengungen unter heftiger Atemnot mit starker Cyanose des Gesichts, der Puls war sehr klein. Er konnte es fast

nur in rechter Seitenlage aushalten, da sonst Atemnot und heftige Schmerzen auftraten. Die Haut nahm eine ikterische Verfärbung an. Am Morgen des 20. Februar trat sehr heftige Atemnot ein. Druck aufs Abdomen rief starke Schmerzen hervor. Patient war sehr verfallen, stark cyanotisch, Pupillen eng, Puls sehr klein und beschleunigt. Vormittags 11 h. Exitus letalis.

Sektion*) 32 h. p. m.

Wesentlicher Befund: Grosser zerfallender Krebs des unteren Drittels des Oesofagus und der Cardia. Grosse beetartige Krebswucherung im Magen unterhalb des Geschwürs. Blutung im Magen und im Darm. Ausgedehnte Residuen von Pleuritis. Lungenoedem. Fettige Degeneration des Herzens. Chronische Endarteriitis mit Verkalkung. Mesarteriitis mit Ausbuchtung der aufsteigenden Aorta. Schiefrige Erweichung der Bronchialdrüsen. Teilweise Obliteration des Herzbeutels. Zwerchfellfurche, Narbe mit käsigen Herden der Leber. Krebsmetastasen der Leber. Milzschwellung. Ausgedehnte Residuen von Peripleuritis. Fast vollkommen schwielige Verödung des rechten Hodens. Anaemie der Nieren und des Gehirns. Ganz geringe chronische Endarteriitis der Gehirnarterien.

Sektionsbefund: Männlicher Leichnam, ziemlich stark abgemagert; Haut gleichmässig leicht gelblich gefärbt, mit ausgebreiteten zahlreichen Totenflecken; mässige Starre; Unterhautgewebe fettarm. Der Oesofagus ist 5 cm weit. Ein grosses Krebsgeschwür beginnt 5 mm unterhalb der Bifurkation; dasselbe hat bis zum Zwerchfell eine Ausdehnung von 7,5 cm und ragt von hier noch 4 cm in den Anfangsteil des Magens hinein. Nach oben hin im Oesofagus ist der Rand wallartig aufgeworfen und unregelmässig ausgezackt. Nach unten hin im Magen schliesst sich daran an eine unregelmässig höckrige Wucherung von ungefähr 6 cm im Durchmesser. Dieselbe ist überall von Schleimhaut bedeckt. Der Grund des Geschwürs ist stark

*) S. No. 79, 1898.

zerfallen und wird von gangränösen Gewebsfetzen überzogen.

Mikroskopischer Befund: Zum Mikroskopiren standen mir keine frischen Schnitte mehr zur Verfügung, so dass ich zur Untersuchung der Zellen und der Geschwulstbildung die in Alkohol gehärteten Präparate verwenden musste. Die Stücke waren mit Celloidin durchtränkt, dann davon Schnitte angefertigt worden, welche mit Haematoxylin-Eosin gefärbt wurden. In den Geschwulstmassen finden sich verhältnismässig grosse Zellen, die unter sich an Grösse und Gestalt verschieden sind, aber alle einen ausgesprochenen epithelialen Charakter zeigen. An den in den Nestern befindlichen Zellen erkennt man die verschiedenen Formen des geschichteten Plattenepithels: Rundliche Zellen sowie auch mehr längliche Elemente, ausserdem platte verhornende kernlose Schollen, endlich sehr verschiedenartig atypisch geformte Zellen, die ihre Gestalt wohl durch die gegenseitige Modellirung der dichtgedrängt liegenden Zellen erhalten haben. Die Zellkerne sind relativ gross, bläschenförmig von länglich-ovaler Form. Innerhalb der carcinomatösen Massen befinden sich feine Bindegewebzüge in unregelmässiger Weise eingeschaltet. Es sind also aus Zellen epithelialen Charakters bestehende Zellnester, welche wuchernd in das Bindegewebe eingedrungen sind. Die verschiedenen Stellen der Geschwulst zeigen nach der mehr oder weniger fortgeschrittenen Entwickelung ein verschiedenartiges Bild, doch ist stets der epitheliale Charakter derselben deutlich zu erkennen.

Was den Ausgangspunkt des Krebses anbetrifft, so ergaben Schnitte durch den Speiseröhrenabschnitt selbst sehr dicke Epithelschichte, welche stellenweise stärkere zapfenartige Verlängerung in die Tiefe, doch keinen Zusammenhang mit den Krebsmassen zeigten. Dagegen fanden sich alle Uebergänge von den normal sich verhaltenden Schleimdrüsen bis zu den zweifellos krebsigen Teilen in Form von wuchernden zuerst noch Lichtung zeigenden weiterhin soliden Drüsenbläschen, sodass wohl

von ihnen die Krebsentwicklung ihren Ausgang genommen hat.

Die oberen Schichten des Krebses selbst zeigten keine Kernfärbung mehr, waren also nekrotisch.

Die in den Magen hinein sich schiebenden Krebsmassen tragen denselben histologischen Charakter, wie der Speiseröhrenkrebs.

Es handelt sich also um einen von der Speiseröhre ausgehenden Krebs, dessen Wachstum rein mechanisch in der Richtung des geringsten Widerstandes, d. h. gegen den Magen hin erfolgte. Rein passiv wurde die Magenschleimhaut empor gehoben, zerfiel unter dem Einflusse der andrängenden Neubildung, sodass der Krebs dann frei zu Tage lag. Die Magenwand selbst hatte nicht aktiv und produktiv an der Wucherung teilgenommen.

Es ist mir noch zum Schlusse eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrath Prof. Dr. Heller für die Ueberlassung des Materials und liebenswürdige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Vita.

Verfasser dieser Arbeit, Wilhelm August Kurtz, wurde als Sohn des Bürgermeisters Franz. Wilhelm Kurtz geboren am 28. August 1869 zu Flammersfeld (Rheinprovinz). Er besuchte das Gymnasium zu Siegsburg und Attendorn, welch' lelzteres er Ostern 1892 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er studierte Medicin auf den Universitäten Bonn, München, Würzburg und Kiel. Ostern 1894 legte er die ärztliche Vorprüfung in Würzburg ab. Ebendaselbst leistete er seiner Dienstpflicht mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger vom 1. April bis 1. Oktober 1894 beim Kgl. bayr. Infanterie-Regiment „Wrede“ Genüge. Die ärztliche Staatsprüfung beendete er am 26. Januar 1898 zu Kiel. Am 7. März bestand er das Rigorosum.